DOI: 10.1590/1413-812320152011.18362014

ARTIGO ARTICLE

Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes

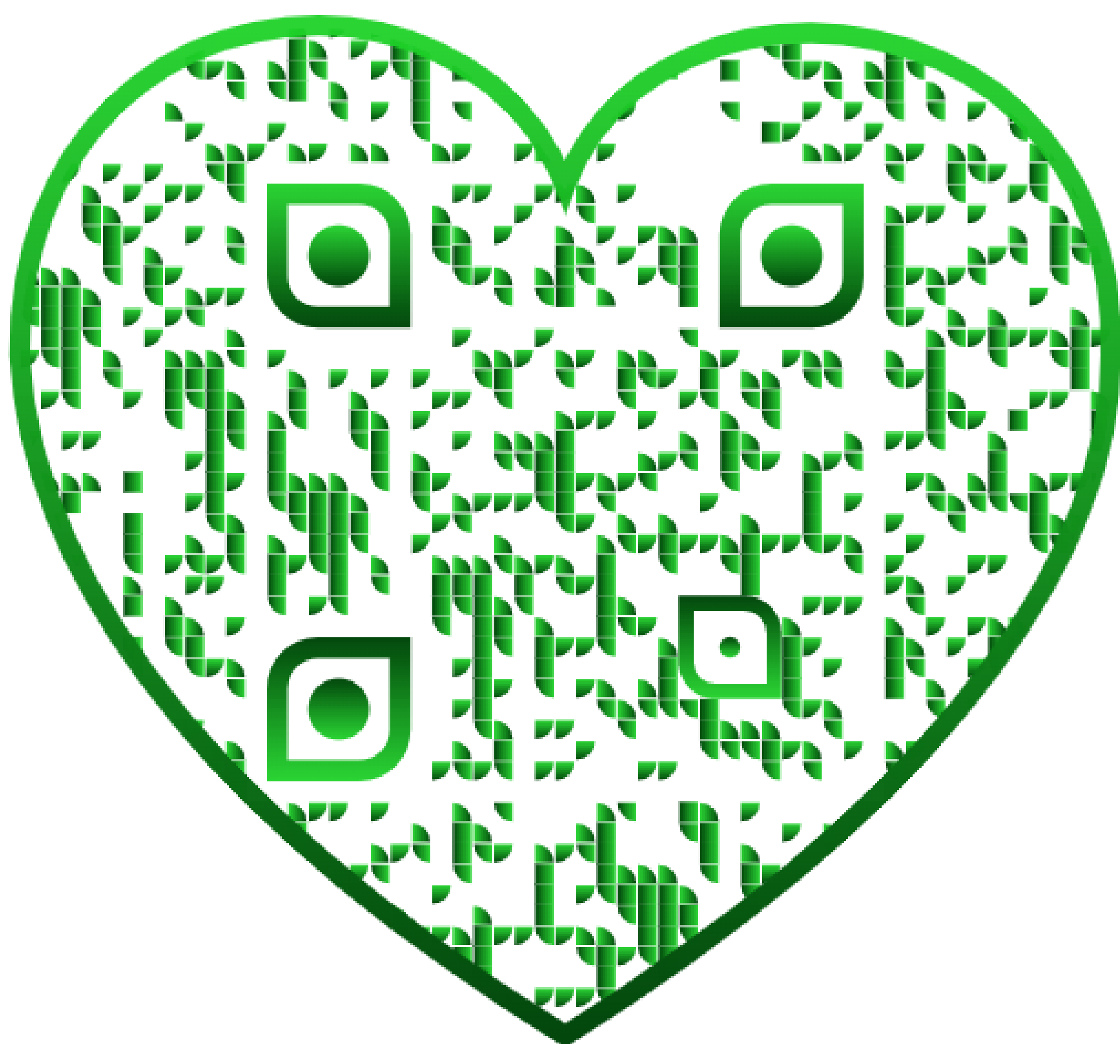
Social skills: a factor of protection against eating disorders in adolescentes

Laura Giron Uzunian [1]
Maria Sylvia de Souza Vitalle [1]

Abstract *The purpose of this study is to provide a review of the literature on the relationship between eating disorders and social skills in adolescents. A search was made on the Medline, SciELO and Lilacs databases, for items combining the terms 'eating disorders', 'anorexia nervosa', 'bulimia nervosa' and 'food behavior', with the terms 'social psychology' and 'social isolation', and with the keywords 'social competence', 'social skill' and 'interpersonal relations'. The following were included: studies on adolescents; in Portuguese, English and Spanish; published in the years 2007 through 2012. The search resulted in 63 articles, and 50 were included in this review. The majority of the studies were made in Brazil and the United States. Of the total, 43 were original articles. The studies aimed to understand how emotional state could influence the establishment of eating disorders, interpersonal relationships and peer relationship. The articles also discussed the influence of the media and of society in this process. Based on the analysis of the studies, it was observed that the greater an adolescent's repertory of social skills, the greater his or her factor of protection against the development of eating disorders.*
Key words *Social psychology, Social skill, Eating disorders, Adolescent health, Adolescent behavior*

Resumo *O objetivo desse estudo foi revisar a literatura a cerca da relação entre transtornos alimentares e habilidades sociais em adolescentes. Pesquisou-se as bases de dados Medline, SciELO e Lilacs, cruzando os descritores "transtornos alimentares", "anorexia nervosa", "bulimia nervosa" e "comportamento alimentar", com os descritores "psicologia social" e "isolamento social", e com as palavras chave "competência social", "habilidade social" e "relação interpessoal". Incluiu-se estudos com adolescentes, nos idiomas português, inglês e espanhol, e publicações realizadas entre os anos de 2007 a 2012. A busca resultou em 63 artigos, sendo incluídos 50 nesta revisão. A maioria dos estudos foi conduzido no Brasil e nos Estados Unidos. Do total, 43 eram artigos originais. Os estudos visavam compreender como o estado emocional poderia influenciar no estabelecimento dos transtornos alimentares, assim como as relações interpessoais e a relação entre os pares. Os artigos também discutiram a influência da mídia e da sociedade neste processo. A partir da análise dos estudos, observou-se que quanto maior o repertório de habilidades sociais dos adolescentes, maior será o fator de proteção contra o desenvolvimento de transtornos alimentares.*
Palavras-chave *Psicologia social, Habilidade social, Transtornos da alimentação, Saúde do adolescente, Comportamento do adolescente*

[1] Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Infância e Adolescência, Setor de Medicina do Adolescente, Universidade Federal de São Paulo. R. Botucatu 715, Vila Clementino. 04023-062 São Paulo SP Brasil. laura_uzunian@hotmail.com



Introdução

Transtornos Alimentares ou Transtornos do Comportamento Alimentar (TCAs) são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. Afetam predominantemente mulheres jovens, com uma prevalência média de relação homem-mulher de 1:10 na fase da adolescência[1] provocando marcantes prejuízos biológicos, psicológicos e sociais[2]. Apresentam as maiores taxas de mortalidade entre os transtornos psiquiátricos, 5,6% a cada década[3].

A incidência mundial de TCAs praticamente dobrou nos últimos 20 anos e tem se mostrado maior na adolescência, isto porque esta fase da vida apresenta intensas transformações no processo de crescimento e desenvolvimento, ocorrendo um aumento na insatisfação com as medidas corporais e o desejo do emagrecimento[4]. Segundo Lofrano-Prado et al.[5] a prevalência de anorexia e bulimia nervosa na adolescência é de 1 a 4%, porém estima-se que 20 a 56% das meninas e 31 a 39% dos meninos desenvolvem estes transtornos[6]. Vilela et al.[7] encontraram prevalência de 13,3% de comportamento alimentar sugestivo à anorexia nervosa e 1,1% à bulimia nervosa, em adolescentes de ambos os sexos. Alves et al.[8] encontraram prevalência de 15,6% de comportamento alimentar sugestivo à anorexia nervosa, em adolescentes do sexo feminino.

Pesquisa realizada em escolas de ensino médio em Minnesota, com mais de 80.000 participantes, constatou que 56% das meninas e 28% dos meninos do primeiro ano do ensino médio, relataram comportamentos alimentares desordenados como vômitos, jejum ou compulsão alimentar; nesta mesma pesquisa, estudantes do último ano do ensino médio apresentaram porcentagens ligeiramente maiores, sendo 57% das meninas e 31% dos meninos acometidos por comportamentos sugestivos de TCAs. Em um estudo realizado no norte da Itália, 28% das meninas, com idade entre 15 a 19 anos, relataram comportamentos alimentares pouco saudáveis . Dois estudos recentes feitos na Alemanha demonstraram que mais de um terço das meninas estudantes do ensino médio e 20% dos meninos da mesma faixa etária, marcaram pontuação significativa no Teste de Atitudes Alimentares, instrumento muito utilizado para avaliação de distúrbios alimentares[9].

Os TAs possuem uma etiologia multifatorial, podendo ser determinados por fatores genéticos, psicológicos e socioculturais, sendo desta maneira caracterizados como transtornos biopsicossociais. Os TCAs mais estudados são a anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN)[10,11]. Descreve-se na AN uma perda de peso intensa e intencional, com grande desgaste físico e psicológico. Por conta da distorção da imagem corporal, os indivíduos não se percebem magros, mas sempre gordos, o que agrava a restrição alimentar[7]. Na BN, os indivíduos geralmente se mantêm próximos ao peso normal ou até mesmo com um leve sobrepeso[7]. Ela é caracterizada por eventos repetidos de hiperfagia, alternada a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, tais como indução ao vômito, uso abusivo de medicamentos, dietas restritivas e exercícios físicos extenuantes[12].

É conhecido que o modelo de beleza imposto pela sociedade atual corresponde a um corpo magro sem, contudo, considerar aspectos relacionados com a saúde e as diferentes constituições físicas da população[13-15]. Os padrões corporais e hábitos alimentares são reforçados pela mídia, que influencia os valores e escolhas de crianças, adolescentes e adultos jovens[16-18].

Não há consenso sobre o conceito de habilidades sociais (HSs), o que mantém uma verdadeira lacuna sobre o tema, visto que há uma variedade de dimensões que não estão estabelecidas. Alguns componentes escolhidos de acordo com a intuição de cada pesquisador e a falta de um modelo que guie a pesquisa sobre as HSs, são problemas ainda não resolvidos[19].

Definir o que é um comportamento socialmente hábil apresenta grandes desafios. Inúmeras são as definições sobre o que caracteriza este comportamento; sabe-se que fatores como a idade, o sexo, a educação e a classe social, interferem na sua constituição. Além disso, o comportamento considerado apropriado em uma situação pode ser impróprio em outra. Portanto, não pode haver um critério absoluto de habilidade social; a probabilidade de ocorrência de qualquer habilidade em qualquer situação crítica está determinada por fatores ambientais, pessoais e a interação entre ambos[19-22].

Segundo Caballo[19]:

o comportamento socialmente hábil é um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas.

Ciência & Saúde Coletiva, 20(11):3495-3508, 2015

Diante deste quadro e devido ao escasso número de pesquisas que relacionem a influência das HSs com a ocorrência e a manutenção dos TAs em adolescentes, o objetivo desta pesquisa é realizar uma revisão da literatura sobre ambas temáticas, a fim de se estabelecer a relação existente entre elas nesta população.

Método

Para identificação de artigos publicados em revistas científicas, foram consultadas as bases de dados bibliográficas *Medical Literature Library of Medicine On-Line* (Medline) via PUBMED, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe (Lilacs) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Utilizou-se os descritores "transtornos alimentares", "anorexia nervosa", "bulimia nervosa" e "comportamento alimentar", cruzando-os com os descritores "psicologia social" e "isolamento social", e com as palavras chave "competência social", "habilidade social" e "relação interpessoal". Limitou-se a busca aos limites de assunto "humanos", à faixa etária "adolescente", aos idiomas português, inglês e espanhol, além de selecionar as publicações realizadas entre os anos de 2007 a 2012.

Incluíram-se artigos originais, de revisão (bibliográfica, sistemática e etnográfica) e comentário editorial, que abrangiam as temáticas: transtornos alimentares e habilidades sociais. Foram excluídos artigos que não condiziam com o tema da pesquisa; artigos que não estavam disponíveis na íntegra; estudos em duplicidade nas bases de dados.

A fim de detalhar e sistematizar os resultados encontrados, construiu-se um quadro contendo as informações dos autores, o ano de publicação e o país de realização do estudo; os objetivos do estudo; o tipo de artigo; as variáveis analisadas no estudo. Para discutir os estudos, considerou-se a amplitude do conceito de habilidades sociais, além de relacionar os transtornos alimentares com as *emoções* envolvidas, a influência dos *pares* e a interferência da *mídia e da sociedade* neste processo.

Foram identificados 63 estudos por meio da busca nas bases de dados. Dos estudos identificados, 13 artigos foram excluídos durante a verificação da elegibilidade dos estudos: sete não condiziam com o tema da pesquisa, apesar da metodologia de busca descrita acima; quatro estudos possuíam duplicidade nas bases de dados utilizadas; dois artigos não estavam disponíveis na íntegra. A Figura 1 ilustra o processo de busca, seleção e inclusão dos artigos, que resultou em 50 artigos incluídos na revisão.

Resultados e Discussão

Dos artigos selecionados, destacou-se a autoria, o ano de publicação, o país de origem, os objetivos do estudo, o tipo de artigo e as variáveis analisadas (Quadro 1).

Dos 50 estudos incluídos nesta revisão, 13 foram realizados no Brasil[3,10,18-28], 13 nos Estados Unidos[6,11,29-39] e 10 (20%) em Londres[40-49]. O restante dos estudos foi realizado em outras localizações. A respeito do tipo de estudo, 43 estudos eram originais e 4 eram revisões da literatura. Outros tipos de estudos encontrados foram a revisão sistemática, a revisão etnográfica e o comentário editorial.

Analisando os objetivos das pesquisas incluídas nesta revisão, nota-se que os estudos visavam compreender como o estado emocional[14,20,24,25,30,32,33,42,44-46,48-54] poderia influenciar no estabelecimento do comportamento de risco para transtornos alimentares, assim como as relações interpessoais[6,11,24,38,48-50,54,55] e os pares[21,24,34-37,50,54,56]. Da mesma forma, os artigos discutiram a influência da mídia[24,27,31,50,54,57] e da sociedade[10,12,14,20,21,24,28,29,31,38,43,47,50,54,58] sobre o comportamento alimentar dos adolescentes.

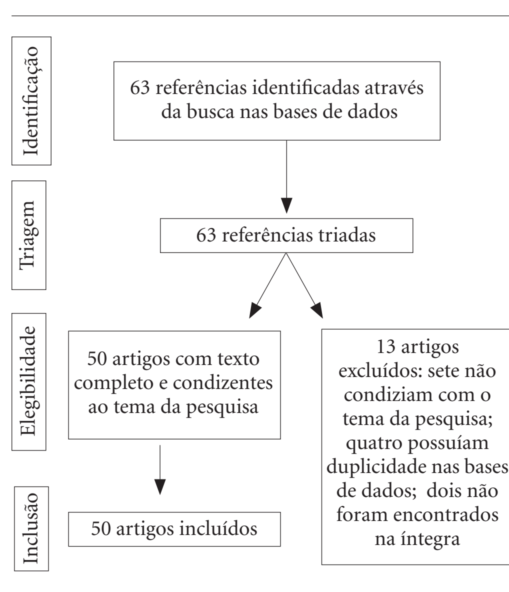


Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos.

Fonte: Autoras, 2013.

Quadro 1. Características dos estudos publicados entre 2007 e 2012 sobre transtornos alimentares e habilidades sociais.

Autor e ano País de Realização	Objetivos do Estudo	Tipo de Artigo	Variáveis analisadas
Scivoletto et al., 2010[3] Brasil	Orientar a conduta inicial das emergências psiquiátricas	Revisão da literatura	Comportamento agressivo e suicida, transtornos ansiosos e alimentares
Shomaker; Furman, 2009[6] Estados Unidos	Investigar as influências interpessoais e TAs na adolescência	Artigo original	TAs, distúrbios da imagem corporal, pressão para ser magra
Herpertz-Dahlmann et al., 2008[9] Alemanha	Identificar comportamento alimentar de risco e a relação com o peso corporal	Artigo original	TAs, distúrbios da imagem corporal, qualidade de vida
Meyer; Gast, 2008[11] Estados Unidos	Investigar a relação da influência dos pares nos TAs	Artigo original	Influência dos pares e TAs em adolescentes
Levy et al., 2010[13] Brasil	Descrever características de consumo e comportamento alimentar, associando aos fatores sociodemográficos	Artigo original	Consumo alimentar, comportamento alimentar e fatores sociodemográficos
Hamann et al., 2009[14] Estados Unidos	Relacionar os sintomas de BN com sensibilidades interpessoais	Artigo original	Bulimia nervosa, depressão e sensibilidade interpessoal
Gan et al., 2011[15] Malásia	Rellacionar as influências socio-culturais e TAs	Artigo original	Pressão sociocultural, estresse e TAs
Caglar et al., 2010[17] Turquia	Avaliar se a ansiedade social influencia no comportamento dos adolescentes	Artigo original	Ansiedade social, TAs, perfeccionismo e imagem corporal
Reyna; Brussino 2011[20] Argentina	Revisar os instrumentos de avaliação para HSs	Revisão sistemática	Instrumentos para avaliar HSs e sua confiabilidade
Pereira et al., 2008[21] Brasil	Relacionar o autoconceito e as HSs com o desempenho acadêmico	Artigo original	Autoconceito e habilidades sociais
Paulino; Lopes, 2010[40] Brasil	Avaliar as correlações entre inteligência verbal e não verbal, com os comportamentos de risco	Artigo original	Percepção de risco, raciocínio verbal e não verbal
Cia; Barham, 2009[23] Brasil	Relacionar o desenvolvimento paterno e o desenvolvimento social dos filhos	Artigo original	Envolvimento paterno, HSs e desenvolvimento social

continua

Ciência & Saúde Coletiva, 20(11):3495-3508, 2015

Quadro 1. continuação

Autor e ano País de Realização	Objetivos do Estudo	Tipo de Artigo	Variáveis analisadas
Cia; Barham, 2009[29] Brasil	Relacionar o desenvolvimento socioemocional e o acadêmico de crianças	Artigo original	Habilidades sociais e desempenho escolar
Silva; Murta, 2009[24] Brasil	Apresentar programa de treinamento de HSs para adolescentes	Artigo original	Treinamento de HSs em grupos de adolescentes
Bolsoni-Silva et al., 2010[25] Brasil	Avaliar crianças com problemas de comportamento ou de HSs	Artigo original	Habilidades sociais e problemas de comportamento
Fitzsimmons; Bardone-Cone, 2011[59] Estados Unidos	Avaliar a relação entre o apoio social e habilidade de afrontamento com os TAs	Artigo original	Ansiedade, dificuldade de afrontamento e TAs
Toral; Slater, 2007[50] Brasil	Apronfundar os determinantes e como se forma o comportamento alimentar	Revisão da literatura	Comportamento alimentar, educação nutricional, modelo transteórico
Sarmento et al., 2010[40] Brasil	Investigar sintomas emocionais e comportamentais em adolescentes obesos	Artigo original	Habilidades sociais e problemas de comportamento
Aubalat; Marcos, 2012[51] Espanha	Analisar estratégias de afrontamento em adolescentes com TAs	Artigo original	Estratégias de afontamento em TAs
Nilsson et al., 2007[30] Suíça	Avaliar as causas da AN	Artigo original	Causas que levaram ao TA
Arkell; Robinson, 2008[31] Londres	Analisar a qualidade de vida de pacientes com AN	Artigo original	Qualidade de vida, depressão e habilidades sociais
Aime et al., 2008[55] Canadá	Avaliar a trajetória alimentar, fatores de risco e emocionais nos TAs	Artigo original	Depressão, uso de drogas e álcool, TAs, emoções
Grilo et al., 2012[41] Estados Unidos	Analisar a trajetória da BN e do TCAP, com o estresse	Artigo original	Remissão do TA, características pessoais
Lam; McHale, 2012[52] Estados Unidos	Examinar a preocupação com o peso durante a adolescência	Artigo original	Preocupações com o peso e relações parentais
Hartmann et al., 2010[42] Alemanha	Relacionar os problemas interpessoais com os TAs	Artigo original	Problemas interpessoais e TAs
Davey; Chapman, 2009[32] Londres	Relacionar o desgosto com TAs	Artigo original	Desgosto e os TAs

continua

Quadro 1. continuação

Autor e ano País de Realização	Objetivos do Estudo	Tipo de Artigo	Variáveis analisadas
Groleau et al., 2012[43] Canadá	Estimar e relacionar o abuso emocional com BN	Artigo original	TAs, trauma e abuso emocional
Fox, 2009[26] Londres	Desenvolver métodos para melhor compreensão das emoções da AN	Artigo original	Habilidades emocionais no TA
Presnell et al., 2009[33] Estados Unidos	Avaliar a relação entre TAs e depressão	Artigo original	Sitnomas depressivos e TAs
Limbert, 2010[34] Londres	Investigar a relação entre apoio social e TAs	Artigo original	Rede de apoio social e TAs
Vale et al., 2011[44] Brasil	Estimar prevalência de TCA no NE do Brasil	Artigo original	Prevalência de TAs em adolescentes do NE do Brasil
Lavender; Anderson, 2010[45] Estados Unidos	Avaliar as dificuldades em controlar as emoções e os TAs	Artigo original	Controle emocional e insatisfação corporal
Markey, 2010[46] Estados Unidos	Comentar sobre a imagem corporal em adolescentes	Comentário editorial	Imagem corporal, desenvolvimento, TAs
Ioannou; Fox, 2009[35] Londres	Relacionar as emoções com TAs	Artigo original	Raiva, depressão e sentimento de ameaça nos TAs
Fox; Power, 2009[36] Londres	Relacionar depressão, emoções e TAs	Revisão da literatura	Emoções, influência do meio ambiente e TAs
Goss; Allan, 2009[53] Londres	Relacionar a vergonha com os TAs	Revisão da literatura	Vergonha e TAs
Forney et al., 2012[56] Estados Unidos	Avaliar a influência dos pares na imagem corporal e TAs	Artigo original	Influência dos pares, imagem corporal e sintomas de TAs
Schutz; Paxton, 2007[37] Austrália	Relacionar imagem corporal e depressão	Artigo original	Imagem corporal, TAs e qualidade das amizades
Hutchinson; Rapee, 2007[58] Austrália	Relacionar amizade, TAs e imagem corporal	Artigo original	Imagem corporal, TAs e qualidade das amizades
Thompson et al., 2007[54] Estados Unidos	Avaliar a influência dos pares na imagem corporal, TAs e autoestima	Artigo original	Imagem corporal, influência dos pares, TAs e autoestima
Scoffier et al., 2010[57] França	Avaliar a influência do meio esportivo e TAs em atletas	Artigo original	Atletas competitivos, TAS e influência do meio esportivo
Bailey; Ricciardelli, 2010[27] Austrália	Examinar comparações sociais, imagem corporal, autoestima e TAs	Artigo original	Comparações sociais, autoestima, imagem corporal e TAs

continua

Ciência & Saúde Coletiva, 20(11):3495-3508, 2015

Quadro 1. continuação

Autor e ano País de Realização	Objetivos do Estudo	Tipo de Artigo	Variáveis analisadas
Ruhl et al., 2011[28] Alemanha	Avaliar se o comportamento de bulimicas é influenciado por exposição à modelos magras	Artigo original	BN, mídia
Ramos et al., 2011[47] Brasil	Analisar a cultura identitária da AN no meio virtual	Revisão etnográfica	AN, estilo de vida, corpo perfeito, pertencer a um grupo
Fonseca et al., 2011[48] Brasil	Apresentar a representação da modernidade alimentar para sociologia e antropologia	Revisão da literatura	Alimentação, ciências sociais e fenômeno social
Connan et al., 2007[49] Londres	Relacionar a baixa posição social com AN	Artigo original	Baixa posição social e AN1
Harrison et al., 2010[38] Londres	Avaliar processos interpessoais, ansiedade e regulação emocional nos TAs	Artigo original	Regulação das emoções, TAs
McEwen; Flouri, 2009[39] Londres	Investigar a regulação das emoções entre pais e adolescentes com TAs	Artigo original	Emoções, relação entre pais e adolescentes com TAs
Bodell et al., 2011[60] Estados Unidos	Relacionar apoio social, eventos negativos e TAs	Artigo original	Apoio social, ocorrência de eventos negativos e os TAs
Scime; Cook-Cottone, 2008[61] Estados Unidos	Avaliar a eficácia de um grupo de prevenção de TAs	Artigo original	Grupo de prevenção, imagem corporal e TAs

Fonte: Autoras, 2013.

Convém ressaltar que foi encontrado apenas um artigo[39] que, além de discutir sobre as variáveis no comportamento de risco para TA em adolescentes, relatou a proposta sobre um grupo de prevenção contra os transtornos, abordando às questões relacionadas à emoção, pares e influência da mídia e sociedade.

Não há dados definitivos sobre como e quando se aprendem as HSs, mas a infância é sem dúvida um período considerado crítico[19,23]. Os comportamentos sociais inicialmente são formados no ambiente familiar e depois nos outros ambientes em que o indivíduo vive, como a escola, a igreja, os clubes, entre outros[29]. Crianças que não conseguem progresso no aprendizado escolar ou que se mantêm impulsivas, agressivas ou socialmente incompetentes, estão em alto risco para distúrbios psicossociais na adolescência[24,25,59].

Assim como o comportamento social, o comportamento alimentar diz respeito à atitudes relacionadas às práticas alimentares associadas a atributos socioculturais, como os aspectos subjetivos intrínsecos do indivíduo ou próprios de uma coletividade, que estejam envolvidos com o ato de se alimentar ou com o alimento em si. Na formação do comportamento alimentar, há influência de fatores nutricionais, demográficos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos[50].

Nestes contexto, as HSs parecem funcionar como fatores de proteção, condições que reduzem impactos negativos na infância e prognosticam resultados positivos no desenvolvimento, no

sentido de promoverem ampliação de repertório, inibindo possíveis problemas advindos de comportamentos não adaptativos[22,24,25,29].

Acredita-se que crianças frequentemente pressionadas com relação ao seu peso e forma corporal, tendem a desenvolver distúrbios alimentares, depressão, ansiedade e maior ocorrência de pensamentos negativos na adolescência ou na fase adulta[15,40,50].

Durante a adolescência, há uma série de mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais, que podem ser entendidas pelos adolescentes como fatores estressantes[13,51]. Neste período, os recursos internos de que o adolescente dispõe e são utilizados para resolver as tarefas de desenvolvimento importantes dessa fase, dependerão significativamente da qualidade da resolução das tarefas relevantes da infância, como o ajustamento e o desempenho escolar, a competência nas relações com os companheiros e a conduta governada por regras. Este processo culminará na aceitação das normas da sociedade para um comportamento moral e uma conduta pró-social [24,25,40].

Parece claro que indivíduos socialmente hábeis e não hábeis possuem diferenças comportamentais, cognitivas ou fisiológicas. Porém, como ainda não se estabeleceram os componentes básicos de um comportamento hábil, há uma dificuldade de pesquisas nesta área. Sujeitos não hábeis mantém menor contato visual, maiores índices de ansiedade, pouca variação de expressão facial, dificuldade em conversar e sorrir, maior autoverbalização negativa, ideias irracionais, menor confiança em si mesmo, tendem a considerar maior probabilidade de ocorrerem situações desfavoráveis, padrões de atuações excessivos, padrões patológicos de atribuição dos sucessos e fracassos sociais, entre outros[19,29].

Uma pesquisa realizada envolvendo pacientes acometidos por AN após 16 anos de terem sido diagnosticados, procurou elucidar quais os motivos, na percepção dos participantes, que os levaram a desenvolver a doença. Ao final do estudo, os pesquisadores dividiram as respostas obtidas em três categorias: *a. características individuais*: demandas individuais, perfeccionismo, crises internas, problemas físicos e emocionais, insatisfação corporal, dietas restritivas, baixa autoestima; *b. problemas familiares:* dificuldades de interação e comunicação com a família, eventos familiares estressantes e alta demanda familiar; *c. sócio culturais:* problemas com os pares, problemas na escola e prática esportiva[30].

Categorizações semelhantes foram encontradas em estudo realizado na Alemanha, com 1843 crianças e adolescentes, sendo 898 meninas e 945 meninos com idade média de 14 anos. Observou-se que um terço das meninas e 15% dos meninos apresentaram alterações no comportamento alimentar, sugestivas de TAs e que os acometidos pelo transtorno tinham alteração em três facetas da sua vida: física, emocional e social[9].

Emoções

Muitas pesquisas estão sendo realizadas para melhor compreensão de como os distúrbios alimentares são afetados pelas emoções. Cerca de 20% dos pacientes acometidos com TCAs desenvolvem a forma crônica da doença, podendo gerar deficiências orgânicas, psicológicas e sociais. Muitas vezes, somam-se desordens psiquiátricas como ansiedade, depressão, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno de personalidade[31,41,55].

A fase de transição expõe o adolescente a fatores de risco que podem ser entendidos como variáveis pessoais ou ambientais, aumentando a possibilidade de efeitos negativos sobre a saúde, o bem-estar e o comportamento. Problemas socioemocionais – incluindo repertório limitado de habilidades sociais apropriadas – desempenho acadêmico insatisfatório, conflitos no relacionamento com os pais e períodos de transição conturbados no processo de desenvolvimento, tornam-se fatores de risco para uma gama de problemas sociais e emocionais[21,40,52,55].

Os TAs são acompanhados de alterações psicossociais, pois os indivíduos acometidos muitas vezes apresentam dificuldades cognitivas, dificuldades de estabelecer relações, problemas interpessoais e psicológicos, como baixa autoestima e perfeccionismo[40,42]. Pessoas acometidas pela AN apresentam altos níveis de ansiedade, consideram-se incapazes de se socializar e frequentemente apresentam comportamento de submissão aos outros[32,42,43]. Pacientes com BN possuem sentimentos de depressão, raiva e desgosto, além de apresentarem dificuldade de estabelecer relações sociais saudáveis[26,33,34,42,52].

Estudo envolvendo 652 adolescentes do sexo feminino do Nordeste do Brasil, com a finalidade de caracterizar o comportamento alimentar, verificou que 31,2% (n = 644) relataram que quando se sentiam ansiosas, comiam muito. Indagou-se se elas procuravam a comida com a finalidade de aliviar algum tipo de desconforto e 17,9% afirmaram que sim (n = 642)[44].

É importante ressaltar que, apesar da maioria dos estudos enfatizar os TAs no sexo feminino, na última década muito tem se pesquisado sobre

Ciência & Saúde Coletiva, 20(11):3495-3508, 2015

a ocorrência de tais distúrbios do comportamento alimentar e de imagem corporal no sexo masculino. A insatisfação corporal em homens está associada a consequências psicológicas negativas incluindo depressão e baixa autoestima, fato observado também no sexo feminino[45,46]. Enquanto meninas sofrem maior pressão para serem magras, meninos são influenciados a ter baixa gordura corporal e alto desenvolvimento muscular[6].

O fraco desenvolvimento de habilidades emocionais e o senso de confusão sobre as emoções, em particular, as dificuldades com tolerância e gestão da raiva e da tristeza, foram destacados como gatilhos importantes para o desenvolvimento de TCAs; sentimentos de raiva relacionam-se com a insatisfação corporal, comumente observada[59]. Indivíduos com esses transtornos possuem dificuldade em distinguir seus estados emocionais, reforçando a confusão emocional citada pelos outros pesquisadores[26,41]. É descrita em pacientes acometidos pelos distúrbios alimentares o diagnóstico de *alexitimia*, que corresponde a esta confusão de sentimentos, dificuldade de expressar as emoções e sensações corporais; é possível que a alexitimia se relacione com os estados de humor do indivíduo, agindo de maneira indireta na manutenção do distúrbio, além de facilitar a instalação de sintomas depressivos, insatisfação corporal e baixa autoestima[35].

Estabelecem-se duas relações entre os sinais apresentados por indivíduos com TAs e as emoções. Enquanto os momentos de restrição refletem a tentativa de evitar os sentimentos[32], a purgação e o vômito denotam a intenção de suprimir as emoções, uma vez que estas já foram ativadas[26].

Os sentimentos comumente associados com transtornos alimentares são a raiva, a ansiedade, o desgosto, o medo e a tristeza[36]. Outro sentimento que recentemente está sendo relacionado com o estabelecimento dos TCAs é a vergonha. Ainda não se sabe se este sentimento predispõe ao transtorno ou se é uma consequência dele. Ela estaria relacionada tanto com a insatisfação da forma corporal, quanto com a quantidade de comida ingerida (pouca ou muita), refletindo no auto-isolamento social do indivíduo e relações pouco saudáveis com seus pares[32,45,53].

Acredita-se que os mecanismos pelos quais as emoções acontecem ocorrem em duas etapas. Quando as emoções primárias, como a raiva ou a tristeza são vivenciadas, crenças em relação à sua dificuldade de aceitação são desencadeadas ao longo de um desejo de suprimir a emoção através do comer compulsivamente ou restrição da restrição alimentar. Como resultado, as emoções secundárias, como a culpa ou a vergonha são acionadas[35].

Pares

Na adolescência, o desenvolvimento das HSs não depende apenas dos pais, visto que os pares são importantes modelos e fontes de reforço[19]. As mudanças que surgem ao longo desta fase afetam sua interação social, afetiva, comportamental, fisiológica e cognitiva. Em especial, os aspectos fisiológicos podem gerar implicações para o desenvolvimento e ajustamento socioemocional deste indivíduo[21,46].

Os impactos do processo biológico da puberdade sobre os fatores psicológicos e sociais do indivíduo são mediados pelo contexto e pela maneira como as outras pessoas (familiares, colegas, professores) reagem a essas transformações. Portanto, as transformações da puberdade desencadeiam importantes modificações na imagem de si mesmo e no modo de se relacionar com os pares e com outras pessoas, as quais interferem no autoconceito do indivíduo e na sua capacidade de enfrentamento nas mais diversas situações sociais[21,46,55].

Pesquisadores postulam que nesta fase os pares são influentes no desenvolvimento de traços de personalidade individuais, características físicas e tendências de comportamento. O adolescente tende a se assemelhar com seus amigos em aparência e atributos sociais, bem como com os interesses, atitudes e comportamentos[11,56]. Os pares completam uma série de lacunas vitais para o adolescente, compõem a autoestima, fornecem informações e suporte emocional, contribuindo para o desenvolvimento da sua identidade e desempenhando fatores de proteção contra eventos estressantes[17,37,46].

Entre os pares partilham-se semelhanças em comportamentos de risco, como por exemplo, vivência e experimentação de drogas. Estas semelhanças são consideradas importantes na determinação das relações interpessoais. Preocupações com a imagem corporal e distúrbios alimentares, podem se desenvolver durante a adolescência; supõe-se que amigos de adolescentes possam compartilhar estas preocupações, valorizando sua imagem corporal e predispondo ao surgimento dos TAs[6,11,54,56,58].

A maioria dos estudos que demonstram a relação entre pares e o desenvolvimento de TAs, focam em como a percepção que os adolescentes têm sobre o peso e o comportamento alimentar

podem influenciar nos amigos[9,34]. Outra fonte de pesquisa que vem sendo fortemente explorada é conhecer a qualidade desta amizade e não apenas as crenças e as atitudes[35]. Relações de amizade saudáveis e com boa qualidade, predizem a confiança que se tem no amigo, a boa comunicação e a aceitação entre os pares, são fatores positivos e altamente relacionados com a construção favorável da autoestima e da satisfação com a vida. Estas características fornecem aceitação sobre a imagem corporal do adolescente, reduzindo a probabilidade do desenvolvimento de TCAs[37,54].

Meyer e Gast[11], realizaram um estudo com 200 adolescentes sendo 83 meninos e 117 meninas, com o objetivo de avaliar se os pares influenciariam no comportamento alimentar. Ao final, os pesquisadores concluíram que, na população estudada, houve influência dos pares sobre o padrão alimentar dos adolescentes e que as meninas estavam mais vulneráveis a esta influência, comparadas aos meninos.

Outro aspecto da relação entre pares que pode entrar em conflito com a satisfação corporal e os padrões alimentares, é a percepção de que a magreza é importante para a realização pessoal e relações interpessoais[11,56]. Crianças e adolescentes acreditam que seriam mais aceitos pelos pares se fossem magros[37]. Atribuições sobre a importância da magreza refletem maior popularidade e facilidade de conseguir namorado(a), sendo preditor para a estima corporal[17]. Adolescentes que relatam níveis mais elevados de preocupações com o corpo e alterações no comportamento alimentar, também apresentam preocupações relacionadas ao peso e à imagem corporal de seus amigos.

Mídia e Sociedade

Fatores socioculturais como a pressão exercida pela sociedade, familiares e amigos para ter um corpo magro, somado às influências negativas exercidas pela mídia[6,27,28,55,57,59], aumentam as chances de se estabelecerem distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes, pois diante disso nesta fase estes indivíduos atribuem significativa importância às atitudes, crenças e comportamentos de seus pares, além de estarem predispostos a apresentar uma insatisfação corporal característica, até que o desenvolvimento termine[17,22,47,54,58].

A sociedade atual, que vive em um grande centro urbano, passa a ser alvo direto ou indireto do assédio dos meios de comunicação, interessado em mediar seus produtos e informações. A mídia nos transmite uma infinidade de critérios, proibições, padrões e prescrições alimentares, que conduzirá as escolhas e práticas alimentares da população[48].

Adolescentes que praticam esporte possuem mais um fator agravante para o desenvolvimento de TAs, visto que em determinados esportes o peso e a forma corporal são preditivos para estabelecer a categoria do atleta. A influência exercida pelos treinadores e os outros adolescentes da modalidade, são influências negativas para o desenvolvimento de TCAs enquanto os pais podem desempenhar fator de proteção[57].

É importante esclarecer que a família e os amigos podem tanto fornecer fatores de proteção contra o desenvolvimento de distúrbios alimentares, quanto favorecer o seu estabelecimento, dependendo do tipo de relacionamento que possuem com o indivíduo predisposto a desenvolver o TAs[22,46]. Os acometidos por AN tendem a pertencer a famílias com bom relacionamento, que evitam conflitos e que, quando há necessidade de internação para tratar do distúrbio, esta é uma situação dolorosa e complicada; já pessoas acometidas com BN tendem a ter relações familiares conflituosas, frequentemente apresentando rejeição dos pais com os filhos[34].

Indivíduos com habilidades sociais mais elaboradas podem apresentar fatores de proteção para o ajustamento social, o desempenho acadêmico e o seu auto-desenvolvimento[20,21]. Em contrapartida, sentimentos de incompetência, menor valia e pouco suporte, estão associados a sentimentos de vergonha e dúvida, desinteresse e isolamento social[25].

O desenvolvimento das habilidades sociais pode prevenir comportamentos de risco à saúde, visto que torna o adolescente capaz de decidir por si mesmo, de recusar convites danosos à sua saúde e de discordar do grupo ou da sociedade em momentos de pressão, como por exemplo, as influências exercidas na imagem corporal considerada ideal[24].

Muitas dificuldades têm sido identificadas em indivíduos com TAs, como por exemplo: elevado nível de insegurança e dificuldade de se relacionar; redes sociais limitadas; comportamento submisso, além de comparações sociais desfavoráveis, que contribuem para autoavaliação negativa[37,38,49].

Formas de ansiedade infantil desempenham um papel importante na etiologia dos TAs. Desta forma, a ansiedade social relacionada à avaliação corporal de crianças, tem sido associada a preocupações excessivas com alimentação, forma e

peso, que são conhecidos gatilhos para o estabelecimento dos transtornos[59].

Estudo realizado na Turquia, envolvendo 982 adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 13 e 15 anos, revelou que os participantes que apresentavam maiores índices de ansiedade social relacionada à sua forma física, obtiveram maior pontuação no Teste de Atitudes Alimentares-40 (EAT - 40), demonstrando a relação entre a influência exercida pela sociedade, que gera ansiedade nos adolescentes, podendo aumentar os níveis de TAs nesta população. A média de pontuação no EAT - 40 foi de 19,37 (DP = 10,74) no grupo com alta ansiedade social, enquanto o grupo com baixa ansiedade social apresentou média de 15,22 (DP = 8,99)[17].

Outro estudo interessante realizado com 584 universitários na Malásia (59,4% mulheres e 40,6% homens), com a faixa etária de 18 a 24 anos, observou que a influência exercida pela sociedade para ter um corpo magro, foi um fator indireto à instalação do transtorno alimentar, mediada por distúrbios emocionais como o estresse e a ansiedade[15].

Os problemas interpessoais, que possuem relação com repertório de habilidades sociais pobres[29], têm sido considerados como componente fundamental para desenvolver, atuar e manter os TCAs. Problemas interpessoais abrangem ampla gama de questões relacionadas às interações sociais da pessoa e envolvimento com os outros, como com a família e os colegas, sugerindo uma estreita ligação entre tais problemas e dificuldade no ajustamento social[6,34,38-40,42,60].

Neste sentido, discute-se o conceito de apoio social, que diz respeito ao indivíduo se sentir amado, cuidado, valorizado e estimado pela sociedade que o rodeia. É considerado um importante fator de proteção contra distúrbios emocionais e alimentares[60]. Embora a quantidade real de apoio a pessoas com TAs possa ser semelhante ao de indivíduos saudáveis, aqueles com a doença mostram-se realmente muito insatisfeitos com suas redes de apoio, percebendo-as como deficientes[59]. Desta forma, adolescentes anti-sociais possuem maior probabilidade de desenvolver TCAs[55].

A literatura discute formas de tratamento e influências que desencadeiam os TAs. Outro ponto muito importante é promover a discussão sobre a prevenção do surgimento destes distúrbios. Neste sentido, experiência interessante é a do grupo de prevenção chamado *Girls' Group* (Grupo de Meninas) com o objetivo de informar meninas adolescentes sobre o que são os TCAs, quais seus riscos, como a mídia e a sociedade influem no seu surgimento, além de desenvolverem formas de percepção corporal por meio da prática de yoga. As participantes receberam orientação psicológica, nutricional e participaram de discussões sobre o tema, produzindo posteriormente uma revista com os conhecimentos adquiridos. A análise do *Girls' Group* mostrou que a insatisfação corporal e os pensamentos sobre a idealização da magreza diminuíram, assim como restrições ou episódios de compulsões alimentares. Em contrapartida, o autoconceito social aumentou significativamente[61].

Considerações Finais

Adolescentes fazem parte de um grupo de risco para o desenvolvimento de TCAs, visto que nesta fase de intenso desenvolvimento ocorrem modificações psíquicas, mentais e físicas, o que pode causar insatisfações corporais até que tal desenvolvimento termine.

Na adolescência os pais assumem uma posição diferente na vida do indivíduo, causando muitas vezes certo distanciamento de seus filhos, enquanto os amigos e o grupo em que o adolescente está inserido assumem grande relevância, interferindo nas escolhas, valores, atributos sociais e características físicas.

As HSs começam a ser formadas desde a infância, tendo como primeiro ambiente de formação a família e, posteriormente, a escola, a igreja e o clube, entre outros. Essas habilidades dizem respeito a um conjunto de comportamentos emitidos pelo indivíduo em determinado contexto, expressando seus sentimentos, suas atitudes, seus desejos, suas opiniões e seus direitos, de modo adequado à situação e respeitando o comportamento dos demais.

Como visto no decorrer do artigo, o surgimento e a manutenção dos TCAs podem ser influenciados pelo padrão de beleza da sociedade atual, pelas mensagens e valores passados pela mídia, pela influência dos pares e pelas emoções que, quando não administradas corretamente, agravam e predispõe ao quadro.

Crianças e adolescentes, quando são habilitados socialmente a lidar com situações que influenciem o surgimento de TAs, apresentam um fator de proteção contra tais distúrbios, já que terão comportamentos adequados frente a essas situações, não se deixando levar pelo entorno e evitando a instalação da doença.

Indivíduos que recebem treinamento para as HSs desde crianças, seja na escola, em casa, na

igreja ou no clube, estão aptos a lidar com situações estressantes ou emocionalmente influenciáveis de maneira mais adequada, comparados àqueles que não receberam este tratamento. É possível inferir que quanto maior o repertório de habilidades sociais do adolescente, maior é a proteção contra comportamentos de risco para transtornos alimentares.

Desta maneira, postula-se que todos aqueles envolvidos no trato com crianças e adolescentes, particularmente os profissionais da saúde e da educação, estejam capacitados a desenvolver tais habilidades, auxiliando na formação de indivíduos saudáveis e, portanto, capazes de se integrar efetivamente à sociedade e à cultura a qual pertencem, cooperando assim com o seu desenvolvimento.

Colaboradores

LG Uzunian participou do delineamento do estudo, do levantamento de artigos científicos, da elaboração do texto, da revisão e da aprovação final do manuscrito; MSS Vitalle participou do delineamento do estudo, da elaboração, da revisão e da aprovação final do manuscrito.

Ciência & Saúde Coletiva, 20(11):3495-3508, 2015

Referências

1. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(3):34-38.
2. Nunes AL, Vasconcelos FAG. Transtornos alimentares na visão de meninas adolescentes de Florianópolis: uma abordagem fenomenológica. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):539-550.
3. Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32(Supl. II):S112-S120.
4. Ferriani MGC, Dias TS, Silva KZ, Martins CS. Auto -imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5(1):27-33.
5. Lofrano-Prado MC, Prado WL, Piano A, Tock L, Caranti DA, Nascimento CMO, Oyama LM, Tufik S, Mello MT, Dâmaso AR. Eating disorders in adolescents: correlations between symptoms and central control of eating behavior. *Eat Behav* 2011; 12(1):78-82.
6. Shomaker LB, Furman W. Interpersonal influences on late adolescent girls' and boys' disordered eating. *Eat Behav* 2009; 10(2):97-106.
7. Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(1):49-54.
8. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(3):503-512.
9. Herpertz-Dahlmann B, Wille N, Hölling H, Vloet TD, Ravens-Sieberer U. Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17(Supl. 1):82-91.
10. Gonzalez A, Kohn MR, Clarke SD. Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Physician* 2007; 36(8):614-619.
11. Meyer TA, Gast J. The effects of peer influence on disordered eating behavior. *J Sch Nurs* 2008; 24(1):36-42.
12. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2004; 31(4):154-157.
13. Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Sardinha LMV, Gomes FS, Costa AWN. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 2):3085-3097.
14. Hamann DM, Wonderlich-Tierney AL, Vander Wal JS. Interpersonal sensitivity predicts bulimic symptomatology cross-sectionally and longitudinally. *Eat Behav* 2009; 10(2):125-127.
15. Gan WY, Nasir MTM, Zalilah MS, Hazizi AS. Direct and indirect effects of sociocultural influences on disordered eating among Malaysian male and female university students. A mediation analysis of psychological distress. *Appetite* 2011; 56(3):778-783.
16. Conti MA, Slater B, Latorre MR. Validity and reproducibility of Escala de Evaluacion da Insatisfacion Corporal para Adolescentes. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):515-524.
17. Caglar E, Bilgili N, Karaca A, Ayas S, Asçi H. The psychological characteristics and health related behavior of adolescents: the possible of social physique anxiety and gender. *Span J Psychol* 2010; 13(2):741-750.
18. Marins BR, Araujo IS, Jacob SC. Food advertising: advice or merely stimulation of consumption? *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3873-3882.
19. Caballo VE. *Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais.* São Paulo: Santos; 2008.
20. Reyna C, Brussino S. Avaliação de habilidades sociais de crianças na América Latina. *Psicol estud* 2011; 16(3):359-367.
21. Pereira CS, Cia F, Barham EJ. Autoconceito, Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Desempenho Acadêmico na Puberdade: Inter-relações e Diferenças Entre Sexos. *Interação Psicol* 2008; 12(2):203-213.
22. Paulino JA, Lopes RFF. Relação entre percepção e comportamento de risco e níveis de habilidades cognitivas em um grupo de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Psicol cienc prof* 2010; 30(4):752-765.
23. Cia F, Barham EJ. O envolvimento paterno e o desenvolvimento social de crianças iniciando as atividades escolares. *Psicol estud* 2009; 14(1):67-74.
24. Silva MP, Murta SG. Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: uma experiência no programa de atenção integral à família (PAIF). *Psicol Reflex Crit* 2009; 22(1):136-143.
25. Bolsoni-Silva AT, Marturano EM, Freiria LRB. Indicativos de problemas de comportamento e de habilidades sociais em crianças: um estudo longitudinal. *Psicol Reflex Crit* 2010; 23(3):506-515.
26. Fox JR. A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: a basic emotion and developmental perspective. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16(4):276-302.
27. Bailey SD, Ricciardelli LA. Social comparisons, appearance related comments, contingent self-esteem and their relationships with body dissatisfaction and eating disturbance among women. *Eat Behav* 2010; 11(2):107-112.
28. Ruhl I, Legenbauer T, Hiller W. The impact of exposure to images of ideally thin models in TV commercials on eating behavior: an experimental study with women diagnosed with bulimia nervosa. *Body Image* 2011; 8(4):349-356.
29. Cia F, Barham EJ. Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. *Estud psicol* 2009; 26(1):45-55.
30. Nilsson K, Abrahamsoon E, Torbiornsson A, Hägglöf B. Causes of adolescent onset anorexia nervosa: patient perspectives. *Eat Disord* 2007; 15(2):125-133.
31. Arkell J, Robinson P. A pilot case series using qualitative and quantitative methods: biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa). *Int J Eat Disord* 2008; 41(7):650-656.
32. Davey GC, Chapman L. Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: the role of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16(4):268-275.
33. Presnell K, Stice E, Seidel A, Madeley MC. Depression and eating pathology: prospective reciprocal relations in adolescents. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16(4):357-365.
34. Limbert C. Perceptions of social support and eating disorder characteristics. *Health Care Women Int* 2010; 31(2):170-178.

35. Ioannou K, Fox JR. Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16(4):336-347.
36. Fox JR, Power MJ. Eating disorders and multi-level models of emotion: an integrated model. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16(4):240-267.
37. Schutz HK, Paxton SJ. Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *Br J Clin Psychol* 2007; 46(1):67-83.
38. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol Med* 2010; 40(11):1887-1897.
39. McEwen C, Flouri E. Fathers' parenting, adverse life events, and adolescents' emotional and eating disorder symptoms: the role of emotion regulation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18(4):206-216.
40. Sarmento ASL, Schoen-Ferreira TH, Medeiros EH, Cintra IP. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em adolescentes obesos. *Estud pesqui psicol* 2010; 10(3):833-847.
41. Grilo CM, Pagano ME, Stout RL, Markowitz JC, Ansell EB, Pinto A, Zanarini MC, Yen S, Skodol AE. Stressful life events predict eating disorder relapse following remission: six-year prospective outcomes. *Int J Eat Disord* 2012; 45(2):185-192.
42. Hartmann A, Zeeck A, Barrett MS. Interpersonal problems in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43(7):619-627.
43. Groleau P, Steiger H, Bruce K, Israel M, Sycz L, Oullette AS, Badawi G. Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: an examination of possible mediating variables. *Int J Eat Disord* 2012; 45(3):326-332.
44. Vale AMO, Kerr LRS, Bosi MLM. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):121-132.
45. Lavender JM, Anderson DA. Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *Int J Eat Disord* 2010; 43(4):352-357.
46. Markey CN. Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *J Youth Adolesc* 2010; 39(12):1387-1391.
47. Ramos JS, Pereira Neto AF, Bagrichevsky M. Cultura Identitária pró-anorexia: características de um estilo de vida em uma comunidade virtual. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(37):447-460.
48. Fonseca AB, Souza TSN, Frozi DS, Pereira RA. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3853-3862.
49. Connan F, Troop N, Landau S, Campbell IC, Treasure J. Poor social comparison and the tendency to submissive behavior in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2007; 40(8):733-739.
50. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1641-1650.
51. Aubalat LP, Marcos YQ. Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema* 2012; 24(2):230-235.
52. Lam CB, McHale SM. Developmental patterns and family predictors of adolescent weight concerns: a replication and extension. *Int J Eat Disord* 2012; 45(4):524-530.
53. Goss K, Allan S. Shame, pride and eating disorders. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16(4):303-316.
54. Thompson JK, Shroff H, Herbozo S, Cafri G, Rodriguez J, Rodriguez M. Relations among multiple peer influences, body dissatisfaction, eating disturbance, and self-esteem: a comparison of average weight, at risk of overweight, and overweight adolescent girls. *J Pediatr Psychol* 2007; 32(1):24-29.
55. Aime A, Craig WM, Pepler D, Jiang D, Connolly J. Developmental pathways of eating problems in adolescents. *Int J Eat Disord* 2008; 41(8):686-696.
56. Forney KJ, Holland LA, Keel PK. Influence of peer context on the relationship between body dissatisfaction and eating pathology in women and men. *Int J Eat Disord* 2012; 45(8):982-989.
57. Scoffier S, Paquet Y, d'Arripe-Longueville F. Effect of locus of control on disordered eating in athletes: the mediational role of self-regulation of eating attitudes. *Eat Behav* 2010; 11(3):164-169.
58. Hutchinson DM, Rapee RM. Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behav Res Ther* 2007; 45(7):1557-1577.
59. Fitzsimmons EE, Bardone-Cone AM. Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. *Eat Behav* 2011; 12(1):21-28.
60. Bodell LP, Smith AR, Holm-Denoma JM, Gordon KH, Joiner TE. The impact of perceived social support and negative life events on bulimic symptoms. *Eat Behav* 2011; 12(1):44-48.
61. Scime M, Cook-Cottone C. Primary prevention of eating disorders: a constructivist integration of mind and body strategies. *Int J Eat Disord* 2008; 41(2):134-142.

Artigo apresentado em 09/06/2014
Aprovado em 09/02/2015
Versão final apresentada em 11/02/2015